

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

1

2

被保険者(申請者)記入用

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。

年 月 日

被保険者情報	記号 (右づめ)	番号	生年月日 昭・平・ 令	
	(フリガナ) 氏名			
	住所	(〒)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。…□にチェック(✓)する				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	昭・平・令 年 月 日
	療養予定期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月			
療養する方は、長期入院されましたか。 <small>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されてい ることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。</small>				
<input type="checkbox"/> はい  「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。				

送付先

- マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
- 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。
- 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行し、事業所担当者へお送りします。
- (任意継続被保険者の方は、上記被保険者情報に記入した住所へお送りします。)

所在地
事業所
名称
代表者氏名

受付日付印

**健康保険 限度額適用・
標準負担額減額認定**

申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

1

2

被保険者(申請者)記入用

長期
入院欄

申請を行った月以前
1年間の入院日数合計

日間

1 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
------------------------	----

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

2 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
------------------------	----

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

3 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
------------------------	----

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

4 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
------------------------	----

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

5 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
------------------------	----

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

市区
町村
長証明
欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。